FORMULARZ ZWROTU/REKLAMACJI* TOWARU

(należy dołączyć do przesyłki)

NR FAKTURY: .....

DATA WYSTAWIENIA FAKTURY: .....

NAZWA FIRMY: .....

ADRES: .....

TELEFON: .....

EMAIL: .....

NAZWA TOWARU	ILOŚĆ	PRZYCZYNA ZWROTU/REKLAMACJI*

Proszę o zwrot należności na rachunek bankowy:

(zwrot możliwy jest jedynie na rachunek bankowy Klienta)

Nazwa Banku: .....

Numer rachunku																										

.....

**niepotrzebne skreślić*

Podpis i pieczątka Klienta

ZMM AVALON

ul. Grunwaldzka 38 • 84-351 Nowa Wieś Lęborska • Polska • tel: 0048-59-8622-667 • fax: 0048-59-8633-039

www.avalon–machines.pl • biuro@avalon-machines.pl

NIP: 841-100-10-34 • **VAT-UE**: PL8411001034 **REGON**: 005330363